

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

|                                |     |    |
|--------------------------------|-----|----|
| I. 理念に基づく運営                    | 項目数 | 8  |
| 1. 理念の共有                       |     | 1  |
| 2. 地域との支えあい                    |     | 1  |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用          |     | 3  |
| 4. 理念を実践するための体制                |     | 2  |
| 5. 人材の育成と支援                    |     | 0  |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援          |     | 1  |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応      |     | 0  |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援      |     | 1  |
| III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント  |     | 5  |
| 1. 一人ひとりの把握                    |     | 1  |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し |     | 1  |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援              |     | 0  |
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働    |     | 3  |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援      |     | 6  |
| 1. その人らしい暮らしの支援                |     | 4  |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり        |     | 2  |
| 合計                             |     | 20 |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所番号 | 1490400205         |
| 法人名   | 株式会社 アイ・ディ・エス      |
| 事業所名  | バナナ園 横浜山手          |
| 訪問調査日 | 2017年9月15日         |
| 評価確定日 | 2017年10月31日        |
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION |

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成29年度

## 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

|               |  |                |           |  |
|---------------|--|----------------|-----------|--|
| 事業所番号         | 1490400205   | 事業の開始年月日       | 平成28年4月1日 |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成28年4月1日 |  |
| 法人名           | 株式会社 アイ・ディ・エス  |                |           |  |
| 事業所名          | バナナ園 横浜山手  |                |           |  |
| 所在地           | (231-0848 )<br>横浜市中区鷺山88番地   |                |           |  |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 18名       |  |
|               |  | 通い定員           | 名         |  |
|               |  | 宿泊定員           | 名         |  |
|               |  | 定員計            | 18名       |  |
|               |  | ユニット数          | 2ユニット     |  |
| 自己評価作成日       | 平成29年9月10日   | 評価結果<br>市町村受理日 |           |  |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

グループの理念である『明るく・楽しく・自由に』をモットーにし、「心に寄り添うケアの提供・夢を叶える」を事業所の方針に掲げ、第1にご入居者様の人格を尊重しご入居者様の立場に立った支援に努めている。家庭的で落ち着いた雰囲気を作り出すために職員間の風通しの良い職場づくりにも力を入れ、その環境の中ご入居者様と職員がともに穏やかな時間を過ごし、ご本人の思い『夢プラン』達成を支援しています。また職員においては、定期的な勉強会やケア会議を行うことにより、常に疑問や向上心を持ち良いチームケアによる認知症介護の質の向上に努めています。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                    |               |             |
|-------|------------------------------------|---------------|-------------|
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION                 |               |             |
| 所在地   | 〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F |               |             |
| 訪問調査日 | 平成29年9月15日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成29年10月31日 |

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●この事業所は株式会社アイ・ディ・エスの経営です。社会福祉法人ばなな会と共に川崎市を中心にグループホームを展開しており、グループ全体で10ヶ所のグループホームを運営しています。同法人は古民家を改修した造りから近代的な建物まで、様々な利用者のニーズに対応出来る事業所があります。「バナナ園横浜山手」は横浜市で最初の事業所となります。立地は京浜東北線「山手駅」から徒歩10分程の高台にあり、瀟洒な家が立ち並ぶ山手の閑静な住宅街の中にあります。近隣には公園や地区センターなどもあります。

●法人の理念に「明るく・楽しく・自由に」を掲げ、事業所独自の方針「心に寄り添うケアの提供・夢を叶える」と共に朝のミーティング、ケア会議、日頃のケアの中でも話し合い共有し、実現に向けて努めています。代表の「認知症だって夢は叶えられる」の想いの下、利用者一人ひとりの夢を叶えるための「夢プラン」の達成にも力を入れ、傾聴を重んじ、職員主導のケアにならない様、日々話し合っています。

●町内会に加入し、年2回の総会にも参加し、地区センターで紙芝居や本を借り、地域の季節ごとの行事には積極的に参加しています。また、琴・折り紙・お茶等のボランティアの方にも来ていただいています。開設から1年半が経ち、管理者は近隣の声に耳を傾け、門扉の開閉を静かにしたり、事業所の段ボールを地域の資源ごみに出し地域貢献に役立てるなど、その場その場で対応する事で散歩時に笑顔で挨拶を交わすなどの良好な関係が築けつつあります。

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                      | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|------------------------------|---------|---------|
| I 理念に基づく運営                   | 1 ~ 14  | 1 ~ 7   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15 ~ 22 | 8       |
| III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | 23 ~ 35 | 9 ~ 13  |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36 ~ 55 | 14 ~ 20 |
| V アウトカム項目                    | 56 ~ 68 |         |

|       |           |
|-------|-----------|
| 事業所名  | バナナ園 横浜山手 |
| ユニット名 | 1階        |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいの |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいの |
|           |   |   | 4. ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3. たまにある       |
|           |   |   | 4. ほとんどない      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 62        | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |

|    |  |   |                |
|----|--|---|----------------|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と    |
|    |  |   | 2, 家族の2/3くらいと  |
|    |  |   | 3. 家族の1/3くらいと  |
|    |  |   | 4. ほとんどできていない  |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |   | 3. たまに         |
|    |  |   | 4. ほとんどない      |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている    |
|    |  |   | 2, 少しずつ増えている   |
|    |  |   | 3. あまり増えていない   |
|    |  |   | 4. 全くいない       |
| 66 | 職員は、活き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が    |
|    |  |   | 2, 職員の2/3くらいが  |
|    |  |   | 3. 職員の1/3くらいが  |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|    |  |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|    |  |   | 2, 家族等の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 家族等の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |

| 自己評価       | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------|------|--|---|--|-------------------|
|            |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I 理念に基づく運営 |      |  |   |  |                   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                     | グループの理念『明るく・楽しく・自由に』をモットーに、朝のミーティング・ケア会議・勉強会等、職員間で理念の共有を図っている。ご本人がこれまでの生活と変化なく住み慣れた環境や地域で、自分らしい生活が送れる様支援している。               | 法人の理念「明るく・楽しく・自由に」を朝のミーティング・ケア会議等で話し合い、共有してケアに臨んでいます。利用者一人ひとりの持っている夢を叶えてあげるのが職員の仕事と「夢プラン」の達成に力を入れ、五感を使ったケアを心がけ、寄り添う介護を目指しています。                 | 今後の継続             |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 町内会に加入し、定例会にも参加し季節ごとの行事にはできる限り参加している。通勤時や散歩の際、近隣の方々への挨拶、施設行事への参加の声掛けをしている。  | 町内会に加入し、年2回の総会に参加し、季節毎の行事にも積極的に参加しています。地区センターでは紙芝居や本を借りたり、散歩途中で休憩したり、秋祭りにも参加する等、地域資源を活用しています。琴・折り紙・お茶のボランティアにも来て頂いています。                        | 今後の継続             |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                   | 運営推進会議では、認知症介護について話す場を設け、意見交換や地域内での相談等に気軽に参加できるようにしている。また施設の見学やボランティアで来所されるの方々にも事業所のサービス内容や支援方法を説明しています。                    |  |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議開催日には、狂言教室・季節行事・講習会等を開催し、なるべく多くの方々に参加していただける様に工夫している。   | 町内会長・民生委員・区役所職員・地域包括支援センター職員・家族の参加を仰ぎ年6回、平日と土・日を交互に開催して多くの方に参加して頂けるよう工夫しています。事業所の業務の報告だけでなく、薬剤師や歯科衛生士の方を講師として招いたり、消防訓練などの行事、狂言教室などと一緒に開催しています。 | 今後の継続             |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる           | 運営推進会議（年6回開催）には、中区高齢障害者支援課・地域包括支援センター・町内会長・民生員に連絡をし、出席をお願いしている。会議終了後は議事録を作成・配布し、情報の共有を行っている。また、毎月自社報（バナナニュース）を届け情報共有に努めている。 | 運営推進会議には中区高齢障害者支援課職員・地域包括支援センター職員も毎回出席していただいております。議事録を作成・配布し、情報の共有に努めています。生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、担当者の面会もあります。行政からの研修の案内をメールで頂き、必要なものに参加しています。   | 今後の継続             |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束に関して、常に指定基準の細やかな禁止行為について朝のミーティングやケア会議で話し合う場を作り、職員全員に周知徹底し、拘束の無い認知症介護の徹底が図れるように声掛けケア等に取り組んでいる。   | 身体拘束については、朝のミーティングやケア会議で話し合い、常に注意喚起を促しています。利用者のADLの状態の変化は申し送りで話し共有し、その方に合った対応をしています。入社時には、身体拘束について話し、良かれと思ってしたことが拘束になりがちと説明をしています。     | 今後の継続             |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 管理者・職員は内部・外部研修を受け、虐待防止関連法の内容を細かく学び、ミーティング・ケア会議等でも常に虐待防止徹底について周知している。  |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                 | 管理者・職員は内部・外部研修を受け、制度について学習している。管理者・ケアマネージャー等、関係者と話し合い情報提供・助言を頂き支援に繋げている。  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている  | 契約書・重要事項説明書の説明を行い、充分に理解・納得していただける様説明している。ご本人・ご家族からの質問や疑問も納得いただけるまでお応えしている。  |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている   | 意見を上手に表わす事が出来ないご入居者様には、日常の会話や表情などを観察し、ご本人の望む事を理解するよう努め対応している。ご家族には運営推進会議の参加時や、面会時、毎月送付している『今月のご様子』を参照していただき、ご家庭の要望や意見を伺い、ケア会議で検討・反映させている。 | 家族の面会も多く、毎日来訪している家族もいます。家族からの意見・要望は連絡帳に記録し、職員間で共有しています。毎月送付している「今月のご様子」は、1か月の様子を居室担当者が良い事も悪いことも含め、手書きで書いています。運営推進会議にも出席いただけるよう、話しています。 | 今後の継続             |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている   | 朝のミーティングや申し送り、ケア会議で全職員の意見を聞き意見交換をし、日常のケアを実践する中で、お互いの介護技術の向上を図り、管理者と職員が垣根なく話し合える関係づくりを心掛けている。  | 朝のミーティングや申し送り・ケア会議で職員と意見交換を行いながら、利用者の体調に合わせたケアに繋げるように話し合っています。月に1回、全事業所の管理者が出席して本部で行われる全体会議では、全事業所の利用者の情報について意見交換を行い、共有しています。          | 今後の継続             |

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 職員の人事考課制度を行い、昇給について対応し、意欲向上に努めている。交付金の利用により、手当の改善を図っている。職員の外部研修の参加費用を負担している。                                     |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている          | 管理者・常勤・非常勤・外国人・新人社員等、各職務に合った研修をそれぞれ実施し、スキルアップに繋げている。また、研修後は必ず研修報告書を1週間以内に提出し、フィードバックを行っている。                      |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 外部研修に参加し、他事業所との交流・情報交換の場を設け、質の向上を図っている。また、法人内でも定期的に研修・勉強会を行って事業所間の交流を図っている。                                      |      |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |  |      |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている        | 入居前のアセスメントの段階で、ご本人の性格や生活歴を十分に理解し、ご本人が話しやすい話題を提供し関係性を密にしている。入居後はそれらを活用し、寄り添いながら信頼関係を築き、ご本人が自分の思いを伝えられる様、環境作りに努める。 |      |                   |
| 16                   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                   | 入居前のアセスメントの段階で、ご本人やご家族の悩みや不安に耳を傾け、その後のサービスの対応や方針を一緒に考えながら、信頼関係を築ける様努めている。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている    | ご本にご入居者様との入居アセスメントから導き出した介護方針を、ケア会議等でほかの職員と話し合い検討し、ケアプラン等に反映したサービスを提供している。                         |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | ご入居者様と職員と一緒に食事をしたり、日常的な清掃や洗濯物たたみなどを行い、家庭に近い雰囲気作りを行っている。ご入居者様の誕生日会をフロアごとに行い、親近感を深めている。              |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている        | ご本人様との面会時には、現状のご様子を詳しく報告し、面会に来られないご家族様には電話や毎月送っている『今月のご様子（お手紙）』に近況を報告している。                         |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                    | 年賀状やお手紙を出すお手伝いをしている。面会時間を希望の時間に沿えるよう、臨機応変に対応している。また、お墓参りや冠婚葬祭、旅行等の外出支援も行っている。                      | 居室に電話線を引いている方、携帯電話を持っている方、年賀状等を出す方へのお手伝い等、これまで築きあげてきた馴染みの関係を継続出来るように支援しています。家族対応でお墓参りや冠婚葬祭、温泉旅行などに行く方もいます。外出支援のガイドヘルパーを利用して、行きたい所にお連れする対応も行っています。 | 今後の継続             |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 日々ご入居者様の状況を把握し、皆様が良好な雰囲気の中で食事が出来るよう、着席の場所に気を配っている。また、ご入居者様同士がコミュニケーションが取れるようレクリエーションなどを取り入れ工夫している。 |   |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 入院から退去に至る場合、今後の相談及び退去後も必要であれば、いつでも相談出来る体制を整えている。尚、退去後の施設や生活の状態も把握している。                             |   |                   |

| 自己評価                       | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                            |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |  |   |   |                   |
| 23                         | 9    | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。  | 日常生活の中で心に寄り添うケアを心掛ける事によって、ご本人の思いや残存能力・発言などでその人らしい生活が出来る様、職員全員で相談し工夫している。また、思いが伝えられない方には、表情や周辺症状などから読み取れる様、介護技術の向上を目指している。 | 入居時のアセスメントを基に、日々の関わりの中で傾聴を重んじ、心に寄り添うケアを心がけています。思いを伝えられない方には、五感を使ったケアで、見守りを強化しています。日々の関わりの中で得られた本人の何気ない言葉や、家族からの情報を基に「夢プラン」を作成し、達成に向けて支援しています。 | 今後の継続             |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居時アセスメントに目を通し、ご本人様との会話やご家族様からの話で情報を得ている。また、介護計画書を参考にし、コミュニケーションを深め、生活歴を1つ1つ知る事の出来る関係作りを心掛けている。                           |   |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 普段のケアをマンネリ化（日常化）する事なく、職員間でのミーティング（ケア会議）や連絡帳を活用し、情報共有に努めている。些細な変化も気づける様、五感を使ったケア、見守り強化をしている。                               |   |                   |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 毎朝行うミーティングや、月1回のケア会議や連絡帳等で、ご本人の現状やご様子を把握し、ご本人やご家族、居室担当、主治医と共有し、ご本人主体の介護計画を作成している。3ヶ月に1回モニタリングを行い、現状について確認や見直しを行っている。      | 月1回のケア会議では、区分変更をかけた方や更新の方を主体としてモニタリングを行い、特変がなくても、3か月に1回は見直しを行っています。個人記録・連絡帳・夢プランも参考にし、家族や主治医の意見も取り入れながら、現状に即した介護計画を作成しています。                   | 今後の継続             |
| 27                         |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個人日誌・連絡帳で、職員はケアの実践・結果の情報を共有している。そこから個々の介護計画書の見直しに活用できる様、記録を徹底している。  |   |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる                           | 環境・状態の変化、ご本人の思いを読み取り、現状必要としている事を見落とさない様に職員間の情報交換を密にし、既存のサービスに捉われない支援の工夫に努めている。                      |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                     | 町内会の回覧板や、地元の職員から情報を収集し、行事や催し物、清掃等に参加し、四季折々の風情を満喫して頂いている。  |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                 | 主治医や看護師と24時間体制のバックアップと緊急時訪問看護体制を取り、夜間・日中の急変時の対応が出来る体制を整えている。また、調剤薬局（薬剤師）とも連絡を密に取り、早期対応をしている。        | 入居時に事業所の協力医の健康診断を受けて頂いています。基本的には精神科以外は協力医で対応し、精神科は家族対応での受診を原則としています。月2回の往診があり、訪問看護師は週1回の訪問で健康チェックを実施しています。訪問歯科は入居時に全員の検診を行い、週1回必要な方の口腔ケアに入っています。 | 今後の継続             |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                      | 週1回看護師による健康管理チェックを実施している。日常での体調管理や、訪問診療時の記録などから、ケアアドバイスを頂いている。些細な事でも話し合い、風通しの良い関係を築いている。            |  |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院・退院時には、介護サマリーを介して情報を共有している。また、退院後のより良い生活を支援出来るよう、主治医や看護師からアドバイスを頂いている。また、訪問歯科も週1回入り、口腔ケアに努めている。   |  |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時に、医療機関との連携体制等情報共有や支援及び、重度化した場合について十分な説明と同意を頂いている。終末期には、主治医から十分な説明をご家族にして頂き、同意の上今後の方針を決め連携支援していく。 | 入居時に、指針を基に重度化した場合の説明を行い、同意を頂いています。看取りの状態に入った時点で確約書を家族からいただき、主治医・家族・事業所の3者で話し合い、ケアプランを作成し終末期に向けた支援を行っていきます。職員は主治医の指導の下、ケアに臨んでいます。                 | 今後の継続             |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|--------------------------|------|---|--|---|-------------------|
|                          |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 34                       |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている            | 急変や事故発生時の判断、連絡、対応をスムーズに行える様、緊急マニュアルや資料を用いて研修等を行っている。常勤勉強会や、外部研修会などにも積極的に参加し、スキルアップをしている。 |   |                   |
| 35                       | 13   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている            | 消防署主催の研修への参加、施設での年2回の避難訓練（防災訓練）を行っている。   | 年2回の防災訓練と、年2回の消防設備点検を行っています。運営推進会議に合わせて実施し、その後講師として消防署の方に話をして頂く予定になっています。何かあれば地域の方の受け入れもしますと話をしています。米・水は2日分を確保し、配食業者から2日分のレトルト食品や缶詰を頂いています。 | 今後の継続             |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |   |  |   |                   |
| 36                       | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                 | 定期的な研修を重ね、業務会議を通して話し合い、尊厳を持った人格を尊重した声掛け（対応）に努めている。                                       | 定期的な本部での研修を重ね、業務会議で話し合い、人格を尊重した声掛けに努めています。理念にも掲げている「自由に」に則り、本人の意思を尊重し、傾聴を心がけたケアを行っています。トイレ誘導時などは特に気を付け、されて嫌なことはしないよう留意しています。                | 今後の継続             |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | ご本人が話し掛けたり訴え掛けている事に対し、傾聴に心掛けている。また、職員に話しかけやすい信頼関係を築ける様、コミュニケーションを日ごろから心掛けている。            |   |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 介護者都合の介護は行わず、ご本人の意思を尊重している。『明るく・楽しく・自由に』のグループ理念に則り、ご本人の意思を尊重、傾聴の姿勢を崩さずに支援している。           |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                | ご本人が着たい服を着ている。2ヶ月に1度、訪問理美容さんに来て頂き、ご本人の希望する髪型にしている。整容はご自身でやっていただける様声掛けをしている。  |  |                   |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | 味見・配膳・洗い物・食器拭き等、簡単な作業のお手伝いを、出来る範囲内でお手伝いして頂いている。食事中、ご入居者様同士が雑談できる様、職員が間に入ったり、席の配置を考え実施している。   | おかずは配食業者を利用しています。水曜・土曜はパンメニューなので、パンを購入しています。月1回、お楽しみ食としてリクエストを取り、寿司や弁当などを提供しています。法人代表の蕎麦打ちも年2回あり、家族にも参加を呼びかけ一緒に楽しんでいただいています。利用所の中にはエプロンを付けてお手伝いして下さる方もいます。 | 今後の継続             |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている        | 食事量・水分量の記録にて摂取量を把握し、変化を加えるため、水分の種類を変えたりながら、水分補給の強化及び調整を行っている。また、ご入居者様の健康状態を把握し、体調に合わせて刻み・トロミ・ミキサーなど、食事形態を変更・工夫して個別対応している。                    |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                | 毎食後のうがいや歯磨きなど、口腔ケアの声掛け・介護を行う。口腔ケアが通常用具で困難な場合は、ご本人に合った器具を使い個別ケアをしている。また、就寝前の義歯洗浄も毎晩行っている。毎週1回、訪問歯科の往診も行っている。                                  |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている | 排泄の記録を基に、ご本人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導の自立支援に努めている。自尊心・尊厳を保てる様、声掛け等には十分配慮し対応している。  | 排泄チェック表を基に、一人ひとりのパターンを把握し、声掛け誘導し、トイレでの排泄に繋げられる様努めています。寝たきりの方以外は、トイレでの排泄に向け支援しています。声掛け時には自尊心やプライバシーに配慮した対応を行っています。夜間も個別対応を心掛けています。                          | 今後の継続             |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                 | 高齢者向け配食によるバランス食の提供を実施している。水分摂取量の確認をしながら、出来るだけ好みの飲み物を提供している。起床時の水分摂取、散歩や体操など、出来るだけ運動をして頂き、自己排便を促している。便秘の方の対応は主治医に相談し、身体に負担が掛からない薬の処方をして頂いている。 |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている                           | 入浴前のバイタルチェックにて可否判断を行っている。個浴・同性介助等の配慮をし、不安や羞恥心を無く入浴できる支援を行っている。ヒートショック・湯温・皮膚変調にも十分注意を払っている。また、体調の変化は無いか？入浴後に再度バイタルチェックをし体調管理をしている。    | 基本的には週2回の入浴の支援をしています。機械浴の設備もあり、重度化した方にも安心して入浴していただけます。出来る限り同性介助・個浴等の配慮をし、不安なく入って頂けるよう支援しています。ゆず湯・菖蒲湯等の季節感も楽しんでもらっています。                    | 今後の継続             |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している  | 日中にご本人の体調を考慮し、散歩やレクリエーション等に参加して頂き、夜間の良眠に繋がるようにしている。ご本人の意思で何時でも休息出来るようにしている。介助が必要な方には、声掛けでご本人の意思を確認している。                              |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている   | 主治医意見、薬情報の確認を徹底し、ご本人のバイタルチェック等も参考にしながら、症状の変化を確認する。投薬チェック表を確認しながら、食後の服用を見届ける様にし、誤薬防止の支援をしている。   |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                              | 今までの生活の中で行っていた、洗濯物たたみや掃除など、簡単な作業をお手伝いして頂く様声掛けをしたり、一緒に行ったりしている。また散歩や読書やテレビ鑑賞など、ご本人が好む時間を過ごせるような支援をしている。                               |   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 天気の良い日は、ご入居者様の体調を考慮し近隣の散歩を行っている。季節行事もご本人の希望に応じ支援している。お墓参り等の外出希望は、ご家族に相談し支援している。  | 天候と体調を考慮しながら、近くの公園や住宅街の中を散歩しています。地区センターでは、本を読んだり紙芝居を借りたりしています。1階のテラスにテーブルと椅子を出し、お茶をすることもありません。正月には初詣に出掛け、近くの公園で花見もしました。家族と外出や旅行を楽しむ方もいます。 | 今後の継続             |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                              | ご本人に金銭感覚を維持して頂ける様、ご本人で管理可能なご入居者様には、居室で管理して頂いている。金銭管理が困難なご入居者様には、職員が管理している預かり金から、ご希望の品物を職員が購入しお渡ししている。ご本人よりご要望があれば、買い物等の付き添い支援を行っている。 |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | ご家族からの電話の取次ぎや、伝言、希望に応じてご家族への電話を掛ける事の支援をしている。また、年賀状や暑中見舞いの記入のお手伝いも行っている。  |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 共用部分は常に清潔でいられる様気を付け、ご入居者様が安全・快適に生活できるような配慮をしている。また、季節を感じられる様に、毎月折り紙ボランティアさんと作った作品を飾ったり、観葉植物や季節の花を生けている。            | フローアや階段には観葉植物が置かれ、職員が活けた季節の花が飾られています。共用部分はアイボリーと濃茶の色合いで統一され、壁には絵が飾られ、事務所はガラス張りで雰囲気の良い感じられます。キッチン是对面式で利用者と会話を楽しみながら調理が出来ます。掃除は日勤が毎日行い、出来る方には手伝っていただいています。 | 今後の継続             |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | ダイニングチェアやフロアのソファでご入居者様がテレビ鑑賞や会話や読書等を楽しめる、ゆったりとくつろげる空間作りを心掛けている。また、居室やリビング等に、自由に往来出来る環境作りに努めている。                    |  |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 主に日勤職員が中心となり、ご本人と一緒に居室内の整理整頓を行っている。入居前に使用していた馴染みの物を置く事等で、安心して生活出来るよう工夫している。窓を開けて空気の入替は毎日行い、エアコンのフィルター清掃も月2回実施している。 | 居室には、クローゼット・エアコン・ベッドが設置されています。家族と相談しながら、整理ダンス・机と椅子・仏壇・鏡台・テレビと写真などを持ち込んでいただき、居心地よく過ごせるよう支援しています。空気の入替は毎日行い、週1回リネン交換を行い、衛生チェック表に従って掃除を行っています。              | 今後の継続             |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している  | 安全第一をモットーに、居室を始め、廊下・浴室・トイレ等には手すりを設置している。また、ご入居者様に無理の無い自立した生活を送っていただける様に、ベッド・椅子・テーブル等の高さや位置の工夫をしている。                |  |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所

バナナ園 横浜山手

作成日

2017年9月15日

〔目標達成計画〕

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における<br>問題点、課題 | 目 標                 | 目標達成に向けた<br>具体的な取り組み内容                     | 目標達成に<br>要する期間 |
|------|------|------------------|---------------------|--|----------------|
| 1    | 23   | 想いや意向の把握         | ご入居者様の想いに寄り添うケアに努める | 行動や表情等、周辺症状を把握し対応する。ケア会議等で職員間の情報を共有する。     | 1年             |
| 2    | 29   | 地域住民との交流         | 地域に密着した交流の場のなる      | バナナニュースの配布や、地域行事への参加。運営推進会議や施設行事への参加の呼びかけ。 | 2年             |
| 3    | 13   | 職員の育成            | 施設職員のレベルアップ         | 職員のレベル（経験）に合った教育を段階的に行い、モチベーションを上げていく。     | 2年             |
| 4    | 35   | 災害対策             | 災害時に近隣住民と協力し対応する    | 近隣住民の方々への社内報の配布や定例会での告知。町内会の防災訓練への参加。      | 1年             |
|      |      |                  |                     |  |                |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

|       |           |
|-------|-----------|
| 事業所名  | バナナ園 横浜山手 |
| ユニット名 | 2階        |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいの |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいの |
|           |   |   | 4. ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3. たまにある       |
|           |   |   | 4. ほとんどない      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |
| 62        | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4. ほとんどいない     |

|    |  |   |                |
|----|--|---|----------------|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と    |
|    |  |   | 2, 家族の2/3くらいと  |
|    |  |   | 3. 家族の1/3くらいと  |
|    |  |   | 4. ほとんどできていない  |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |   | 3. たまに         |
|    |  |   | 4. ほとんどない      |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている    |
|    |  |   | 2, 少しずつ増えている   |
|    |  |   | 3. あまり増えていない   |
|    |  |   | 4. 全くいない       |
| 66 | 職員は、活き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が    |
|    |  |   | 2, 職員の2/3くらいが  |
|    |  |   | 3. 職員の1/3くらいが  |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|    |  |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|    |  |   | 2, 家族等の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 家族等の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |

| 自己評価       | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------|------|--|---|------|-------------------|
|            |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I 理念に基づく運営 |      |  |   |      |                   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                     | グループの理念『明るく・楽しく・自由に』をモットーに、朝のミーティング・ケア会議・勉強会等、職員間で理念の共有を図っている。ご本人がこれまでの生活と変化なく住み慣れた環境や地域で、自分らしい生活が送れる様支援している。               |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 町内会に加入し、定例会にも参加し季節ごとの行事にはできる限り参加している。通勤時や散歩の際、近隣の方々への挨拶、施設行事への参加の声掛けをしている。  |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                   | 運営推進会議では、認知症介護について話す場を設け、意見交換や地域内での相談等に気軽に参加できるようにしている。また施設の見学やボランティアで来所されるの方々にも事業所のサービス内容や支援方法を説明しています。                    |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議開催日には、狂言教室・季節行事・講習会等を開催し、なるべく多くの方々に出席していただける様に工夫している。   |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる            | 運営推進会議（年6回開催）には、中区高齢障害者支援課・地域包括支援センター・町内会長・民生員に連絡をし、出席をお願いしている。会議終了後は議事録を作成・配布し、情報の共有を行っている。また、毎月自社報（バナナニュース）を届け情報共有に努めている。 |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束に関して、常に指定基準の細やかな禁止行為について朝のミーティングやケア会議で話し合う場を作り、職員全員に周知徹底し、拘束の無い認知症介護の徹底が図れるように声掛けケア等に取り組んでいる。   |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 管理者・職員は内部・外部研修を受け、虐待防止関連法の内容を細かく学び、ミーティング・ケア会議等でも常に虐待防止徹底について周知している。  |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                 | 管理者・職員は内部・外部研修を受け、制度について学習している。管理者・ケアマネージャー等、関係者と話し合い情報提供・助言を頂き支援に繋げている。  |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている  | 契約書・重要事項説明書の説明を行い、十分に理解・納得していただける様説明している。ご本人・ご家族からの質問や疑問も納得いただけるまでお応えしている。  |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている   | 意見を上手に表わす事が出来ないご入居者様には、日常の会話や表情などを観察し、ご本人の望む事を理解するよう努め対応している。ご家族には運営推進会議の参加時や、面会時、毎月送付している『今月のご様子』を参照していただき、ご家庭の要望や意見を伺い、ケア会議で検討・反映させている。 |      |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている   | 朝のミーティングや申し送り、ケア会議で全職員の意見を聞き意見交換をし、日常のケアを実践する中で、お互いの介護技術の向上を図り、管理者と職員が垣根なく話し合える関係づくりを心掛けている。  |      |                   |

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 職員の人事考課制度を行い、昇給について対応し、意欲向上に努めている。交付金の利用により、手当の改善を図っている。職員の外部研修の参加費用を負担している。                                     |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている          | 管理者・常勤・非常勤・外国人・新人社員等、各職務に合った研修をそれぞれ実施し、スキルアップに繋げている。また、研修後は必ず研修報告書を1週間以内に提出し、フィードバックを行っている。                      |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 外部研修に参加し、他事業所との交流・情報交換の場を設け、質の向上を図っている。また、法人内でも定期的に研修・勉強会を行って事業所間の交流を図っている。                                      |      |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |  |      |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている        | 入居前のアセスメントの段階で、ご本人の性格や生活歴を十分に理解し、ご本人が話しやすい話題を提供し関係性を密にしている。入居後はそれらを活用し、寄り添いながら信頼関係を築き、ご本人が自分の思いを伝えられる様、環境作りに努める。 |      |                   |
| 16                   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                   | 入居前のアセスメントの段階で、ご本人やご家族の悩みや不安に耳を傾け、その後のサービスの対応や方針を一緒に考えながら、信頼関係を築ける様努めている。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている    | ご本にご入居様との入居アセスメントから導き出した介護方針を、ケア会議等でほかの職員と話し合い検討し、ケアプラン等に反映したサービスを提供している。                       |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | ご入居様と職員と一緒に食事をしたり、日常的な清掃や洗濯物たたみなどを行い、家庭に近い雰囲気作りを行っている。ご入居様の誕生日会をフロアごとに行い、親近感を深めている。             |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている        | ご本人様との面会時には、現状のご様子を詳しく報告し、面会に来られないご家族様には電話や毎月送っている『今月のご様子（お手紙）』に近況を報告している。                      |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                    | 年賀状やお手紙を出すお手伝いをしている。面会時間を希望の時間に沿えるよう、臨機応変に対応している。また、お墓参りや冠婚葬祭、旅行等の外出支援も行っている。                   |      |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 日々ご入居様の状況を把握し、皆様が良好な雰囲気の中で食事が出来るよう、着席の場所に気を配っている。また、ご入居様同士がコミュニケーションが取れるようレクレーションなどを取り入れ工夫している。 |      |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 入院から退去に至る場合、今後の相談及び退去後も必要であれば、いつでも相談出来る体制を整えている。尚、退去後の施設や生活の状態も把握している。                          |      |                   |

| 自己評価                       | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                            |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |  |   |      |                   |
| 23                         | 9    | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。  | 日常生活の中で心に寄り添うケアを心掛ける事によって、ご本人の思いや残存能力・発言などでその人らしい生活が出来る様、職員全員で相談し工夫している。また、思いが伝えられない方には、表情や周辺症状などから読み取れる様、介護技術の向上を目指している。 |      |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入居時アセスメントに目を通し、ご本人様との会話やご家族様からの話で情報を得ている。また、介護計画書を参考にし、コミュニケーションを深め、生活歴を1つ1つ知る事の出来る関係作りを心掛けている。                           |      |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 普段のケアをマンネリ化（日常化）する事なく、職員間でのミーティング（ケア会議）や連絡帳を活用し、情報共有に努めている。些細な変化も気づける様、五感を使ったケア、見守り強化をしている。                               |      |                   |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 毎朝行うミーティングや、月1回のケア会議や連絡帳等で、ご本人の現状やご様子を把握し、ご本人やご家族、居室担当、主治医と共有し、ご本人主体の介護計画を作成している。3ヶ月に1回モニタリングを行い、現状について確認や見直しを行っている。      |      |                   |
| 27                         |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個人日誌・連絡帳で、職員はケアの実践・結果の情報を共有している。そこから個々の介護計画書の見直しに活用できる様、記録を徹底している。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる                           | 環境・状態の変化、ご本人の思いを読み取り、現状必要としている事を見落とさない様に職員間の情報交換を密にし、既存のサービスに捉われない支援の工夫に努めている。                      |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                     | 町内会の回覧板や、地元の職員から情報を収集し、行事や催し物、清掃等に参加し、四季折々の風情を満喫して頂いている。  |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                 | 主治医や看護師と24時間体制のバックアップと緊急時訪問看護体制を取り、夜間・日中の急変時の対応が出来る体制を整えている。また、調剤薬局（薬剤師）とも連絡を密に取り、早期対応をしている。        |      |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                      | 週1回看護師による健康管理チェックを実施している。日常での体調管理や、訪問診療時の記録などから、ケアアドバイスを頂いている。些細な事でも話し合い、風通しの良い関係を築いている。            |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院・退院時には、介護サマリーを介して情報を共有している。また、退院後のより良い生活を支援出来るよう、主治医や看護師からアドバイスを頂いている。また、訪問歯科も週1回入り、口腔ケアに努めている。   |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時に、医療機関との連携体制等情報共有や支援及び、重度化した場合について十分な説明と同意を頂いている。終末期には、主治医から十分な説明をご家族にして頂き、同意の上今後の方針を決め連携支援していく。 |      |                   |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|--------------------------|------|---|--|------|-------------------|
|                          |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 34                       |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている            | 急変や事故発生時の判断、連絡、対応をスムーズに行える様、緊急マニュアルや資料を用いて研修等を行っている。常勤勉強会や、外部研修会などにも積極的に参加し、スキルアップをしている。 |      |                   |
| 35                       | 13   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている            | 消防署主催の研修への参加、施設での年2回の避難訓練（防災訓練）を行っている。   |      |                   |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |   |  |      |                   |
| 36                       | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                 | 定期的な研修を重ね、業務会議を通して話し合い、尊厳を持った人格を尊重した声掛け（対応）に努めている。                                       |      |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | ご本人が話し掛けたり訴え掛けている事に対し、傾聴に心掛けている。また、職員に話しかけやすい信頼関係を築ける様、コミュニケーションを日ごろから心掛けている。            |      |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 介護者都合の介護は行わず、ご本人の意思を尊重している。『明るく・楽しく・自由に』のグループ理念に則り、ご本人の意思を尊重、傾聴の姿勢を崩さずに支援している。           |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                | ご本人が着たい服を着ている。2ヶ月に1度、訪問理美容さんに来て頂き、ご本人の希望する髪型にしている。整容はご自身でやっていただける様声掛けをしている。  |      |                   |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | 味見・配膳・洗い物・食器拭き等、簡単な作業のお手伝いを、出来る範囲内でお手伝いして頂いている。食事中、ご入居者様同士が雑談できる様、職員が間に入ったり、席の配置を考え実施している。   |      |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている        | 食事量・水分量の記録にて摂取量を把握し、変化を加えるため、水分の種類を変えたりながら、水分補給の強化及び調整を行っている。また、ご入居者様の健康状態を把握し、体調に合わせて刻み・トロミ・ミキサーなど、食事形態を変更・工夫して個別対応している。                    |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                | 毎食後のうがいや歯磨きなど、口腔ケアの声掛け・介護を行う。口腔ケアが通常用具で困難な場合は、ご本人に合った器具を使い個別ケアをしている。また、就寝前の義歯洗浄も毎晩行っている。毎週1回、訪問歯科の往診も行っている。                                  |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている | 排泄の記録を基に、ご本人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導の自立支援に努めている。自尊心・尊厳を保てる様、声掛け等には十分配慮し対応している。  |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                 | 高齢者向け配食によるバランス食の提供を実施している。水分摂取量の確認をしながら、出来るだけ好みの飲み物を提供している。起床時の水分摂取、散歩や体操など、出来るだけ運動をして頂き、自己排便を促している。便秘の方の対応は主治医に相談し、身体に負担が掛からない薬の処方をして頂いている。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている                           | 入浴前のバイタルチェックにて可否判断を行っている。個浴・同性介助等の配慮をし、不安や羞恥心を無く入浴できる支援を行っている。ヒートショック・湯温・皮膚変調にも十分注意を払っている。また、体調の変化は無いか？入浴後に再度バイタルチェックをし体調管理をしている。    |      |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している  | 日中にご本人の体調を考慮し、散歩やレクレーション等に参加して頂き、夜間の良眠に繋がるようにしている。ご本人の意思で何時でも休息出来るようにしている。介助が必要な方には、声掛けでご本人の意思を確認している。                               |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている   | 主治医意見、薬情報の確認を徹底し、ご本人のバイタルチェック等も参考にしながら、症状の変化を確認する。投薬チェック表を確認しながら、食後の服用を見届ける様にし、誤薬防止の支援をしている。   |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                              | 今までの生活の中で行っていた、洗濯物たたみや掃除など、簡単な作業をお手伝いして頂く様声掛けをしたり、一緒に行ったりしている。また散歩や読書やテレビ鑑賞など、ご本人が好む時間を過ごせるような支援をしている。                               |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 天気の良い日は、ご入居者様の体調を考慮し近隣の散歩を行っている。季節行事もご本人の希望に応じ支援している。お墓参り等の外出希望は、ご家族に相談し支援している。  |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                              | ご本人に金銭感覚を維持して頂ける様、ご本人で管理可能なご入居者様には、居室で管理して頂いている。金銭管理が困難なご入居者様には、職員が管理している預かり金から、ご希望の品物を職員が購入しお渡ししている。ご本人よりご要望があれば、買い物等の付き添い支援を行っている。 |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | ご家族からの電話の取次ぎや、伝言、希望に応じてご家族への電話を掛ける事の支援をしている。また、年賀状や暑中見舞いの記入のお手伝いも行っている。   |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 共用部分は常に清潔でいられる様気を付け、ご入居者様が安全・快適に生活できるような配慮をしている。また、季節を感じられる様に、毎月折り紙ボランティアさんと作った作品を飾ったり、観葉植物や季節の花を生けている。             |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | ダイニングチェアやフロアのソファでご入居者様がテレビ鑑賞や会話や読書等を楽しめる、ゆったりとくつろげる空間作りを心掛けている。また、居室やリビング等に、自由に往来出来る環境作りに努めている。                     |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 主に日勤職員が中心となり、ご本人と一緒に居室内の整理整頓を行っている。入居前に使用していた馴染みの物を置く事等で、安心して生活出来るよう工夫している。窓を開けて空気の入替えは毎日行い、エアコンのフィルター清掃も月2回実施している。 |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している  | 安全第一をモットーに、居室を始め、廊下・浴室・トイレ等には手すりを設置している。また、ご入居者様に無理の無い自立した生活を送っていただける様に、ベッド・椅子・テーブル等の高さや位置の工夫をしている。                 |      |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所

バナナ園 横浜山手

作成日

2017年9月15日

〔目標達成計画〕

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目 標                 | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容                         | 目標達成に要する期間 |
|------|------|--------------|---------------------|--|------------|
| 1    | 23   | 想いや意向の把握     | ご入居者様の想いに寄り添うケアに努める | 行動や表情等、周辺症状を把握し対応する。ケア会議等で職員間の情報を共有する。     | 1年         |
| 2    | 29   | 地域住民との交流     | 地域に密着した交流の場のなる      | バナナニュースの配布や、地域行事への参加。運営推進会議や施設行事への参加の呼びかけ。 | 2年         |
| 3    | 13   | 職員の育成        | 施設職員のレベルアップ         | 職員のレベル（経験）に合った教育を段階的に行い、モチベーションを上げていく。     | 2年         |
| 4    | 35   | 災害対策         | 災害時に近隣住民と協力し対応する    | 近隣住民の方々への社内報の配布や定例会での告知。町内会の防災訓練への参加。      | 1年         |
|      |      |              |                     |  |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。